

Charis Institute for Psychological and Family Services
21 Southgate Court, Suite 101
Harrisonburg, VA 22801

Phone: 540.568.1876
Fax: 540.574.6076

Formulario de admisión del niño

Cómo se enteró acerca de nuestros servicios o quien lo refirió? _____

Información General

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____
Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____ Nombre de escuela/grado _____

Persona responsable de la cuenta

Nombre _____ Numero de Seguro Social _____ () _____
Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de Casa () _____
Teléfono Celular _____

Para su comodidad y seguridad de confidencialidad, le pedimos que lea lo siguiente y firme:

- Doy permiso para que Charis llame a mi casa y deje un mensaje en el contestador automático o con cualquiera que conteste el teléfono.
- Doy permiso para que Charis llame a mi número de trabajo si necesito que me llamen.

Firma

Fecha

Padre

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____
Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____ () _____
() _____ Teléfono de casa () _____
Teléfono Celular _____ Empleo _____ Teléfono de trabajo _____
Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Separados

Madre

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____
Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____ () _____
() _____ Teléfono de casa () _____
Teléfono Celular _____ Empleo _____ Teléfono de trabajo _____
Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Separados

Persona (s) que cuida al niño que no sean padres biológicos

Nombre _____ () _____ () _____
Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de casa () _____
Teléfono Celular _____ Teléfono de trabajo () _____

Si el niño tiene hermanos o hermanas por favor escriba, incluyendo las edades. _____

Información del seguro médico

Nombre de Aseguranza	Numero de Póliza/ Identificación de miembro	Número de grupo	
Dirección de la Aseguranza	Nombre del titular	Fecha de Nacimiento del titular	
Dirección del Titular	Ciudad	Estado	Código Postal

Cuestionario médico

Fecha del último examen físico

Enumere cualquier problema médico que el niño tenga o haya tenido en el pasado y descríbalos. (También tenga en cuenta accidentes, hospitalizaciones, huesos rotos, períodos de inconsciencia)

Enumere todos los medicamentos que el niño/a está tomando, con qué frecuencia y la cantidad que está tomando el niño/a

Método de pago-Por favor, verifique el método de pago que va a utilizar

Efectivo Tarjeta de Crédito Plan de Pago Aseguranza/Co-pagos o Deducible

Estamos más que contentos de cooperar con las personas que están cubiertas con un seguro de médico. Solo le pedimos que lea su póliza de seguro médico para asegurarse de cualquier limitación asociada con sus beneficios médicos. El seguro médico es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros médicos con el fin de proveer beneficios. Debe tener en cuenta que las diferentes compañías de seguros médicos varían mucho en los tipos de cobertura disponibles. Asegúrese de verificar si su seguro médico requiere que pague un deducible antes que la compañía de seguro médicos pague un porcentaje de su factura restante.

Algunos seguros médicos requieren autorización previa para el tratamiento. Asegúrese de averiguar si su seguro lo requiere. La mayoría de las compañías de seguros médicos no se retratarán en cubrir cargos si esta autorización no se otorga antes del tratamiento. Cuando se requiere autorización previa, las compañías de seguros también requieren un tratamiento periódico o planes de servicio para ser enviados. Si su compañía de seguros requiere estos planes de tratamiento, usted como paciente es responsable de mantenerse al día con ellos. La compañía de seguros negará las reclamaciones si los planes de tratamiento no se envían el día o antes de que se presten los servicios. Dado que no tenemos control en la selección de su compañía de seguros (ni creemos que deberíamos hacerlo), no tenemos control sobre lo que pagarán o cuándo pagarán por los servicios dados. Por lo tanto, le pedimos que considere su seguro de manera realista como un dispositivo que lo ayuda a pagar por sus servicios aquí en Charis Institute. Por favor, comprenda que la asistencia con su reclamo de seguro se realiza de buena manera, pero independientemente de la cobertura del seguro, la obligación de pagar por los servicios prestados es de usted. Todos los servicios brindados deberán ser pagados en el día del tratamiento, incluso si tiene seguro médico, al menos que se hagan arreglos con anticipación en nuestra oficina.

Las compañías de seguros médicos generalmente limitan su cobertura a servicios que consideran médicamente necesarios. En caso de que reciba servicios y su seguro médico determine que no cumplió con sus criterios, usted comprende que usted es responsable del pago de estos servicios. Si tiene alguna pregunta al respecto, debe consultar a su compañía de seguros y su psicólogo antes de recibir los servicios.

Por la presente autorizo el tratamiento. Autorizo a Charis Institute a proporcionar a las compañías de seguros médicos toda la información médica necesaria para procesar este reclamo. Por la presente, asigno a Charis Institute todos los pagos por servicios prestados a mis dependientes o a mí mismo. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro médico y que la facturación de la compañía de seguros es una cortesía para mí y no una obligación de Charis Institute. Reconozco que las reclamaciones de seguro médicos pendientes más allá de los 60 días son responsabilidad mía y acepto que no demoraré el pago y que pagaré el saldo si un reclamo está pendiente más de 60 días. Entiendo que si hago un pago y el pago es recibido más tarde por Charis de mi compañía de seguros médicos, se me reembolsará. Entiendo que si mi cuenta es referida a una agencia de cobro o a un abogado para su cobro, acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, el 35 por ciento, ya sea que se haya presentado o no una demanda. Si se devuelve un cheque al Charis Institute, entiendo que seré responsable de pagar la tarifa que el banco les cobra.

He leído y entiendo la póliza de privacidad de esta oficina.

Firma

Fecha

Cuál es mi Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

Si su hijo/a tiene entre 0-8 años de edad el padre/guardián tiene que rellenar este formulario.

Antes de cumplir 18 años:

1. **Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia...**
Lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban, o lo humillaban? o
Actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
2. **Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia...**
Lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas?_ o
Alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron? _____
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
3. **Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted alguna vez...**
Lo tocó o acarició indebidamente o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?
O
Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
4. **Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que...**
Nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?_
o
En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
5. **Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que...**
No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera?
o
Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
6. **Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?**
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
7. **A su madre o madrastra:**
Con frecuencia o con mucha frecuencia la empujaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas?
o
A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la mordían, la daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro?
o
Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
8. **Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas? Si**
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
9. **Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?**
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____
10. **Algún miembro de su familia fue a la cárcel?**
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 _____

Ahora sume las respuestas en que anoto "SI" _____

Esta es su Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

CONFIDENCIAL

HISTORIA SOCIAL DEL NIÑO

Formulario de padre / tutor
Historia Social Infantil

(Nombre del Cliente)

(Fecha)

1. **Formación religiosa** _____ Participación Iglesia: Activo Moderado Inactivo
Nombre de la Iglesia _____

Experiencia de consejería ? El niño ha tenido experiencia previa en consejería? Si No _____
Nombre del consejero anterior _____

1. *Indique los antecedentes familiares de abuso de sustancias o problemas de salud mental:* _____

2. ¿Cuáles considera que son los principales factores estresantes de su hijo? Ruptura con la novia/ novio Desorden alimenticio
Conflicto entre los padres o con padres Alojamiento Abuso físico Legal Conflicto con hermanos Violencia en casa Negligencia
Muerte / Pérdida / Enfermedad grave del un ser querido Preocupaciones financieras Abuso sexual Separación/Divorcio de los padres La escuela
Trabajo Salud / Física Religioso / espiritual Otro _____ No hay factores de estrés actuales

3. ¿Con cuál de los siguientes problemas siente que el niño necesita ayuda? Sentirse triste o deprimido Problemas relacionados con el abuso pasado Muy nervioso o tenso Problemas de pareja Problemas con el sueño Pensamientos muy rápidos (sentirse "acelerado") Cambios de humor frecuentes e inexplicables Ira Intensa / Agresiva Problemas con el apetito Disciplina Problemas sexuales Pensamientos de lastimarse así mismo u otros Abusar de otros Dificultad con la memoria, la concentración o Tomando decisiones Problemas en la escuela Conflictos laborales Pensamientos recurrentes de la Muerte Pérdida, Muerte, Divorcio, Separación Trastorno de alimentación / Imagen corporal Droga / alcohol Comportamientos compulsivos Religioso / espiritual Escuchar voces o ver visiones extrañas Otro _____

4. ¿Quién tiene la custodia del niño? Ambos padres Madre Padre Relativo DSS Otro _____

5. ¿Están casados los padres naturales? Si No No lo sé

6. ¿Han habido matrimonios anteriores? Si No Si es "sí", ¿cuántos? Madre _____ Padre _____

7. Si el niño no vive con ambos padres naturales, ¿ve el niño al padre con el que no vive? Si No Poco contacto N/A

8. Si los padres están divorciados o separados, ¿cuáles son los arreglos de visitas? Visitas regularmente programadas Visita con otro padre cuando el niño / padre desea Visitas inconsistentes Sin visitas o contacto

9. ¿Quién vive en la casa del niño? Ambos Padres El Papa La mamá El Padrastro La madrastra Padres de crianza Niños de crianza Hermanos/ hermanas Hermanastros / hermanastras Medios hermanos/hermanas Amigos(s) Familiares (s) Otra familia Mascotas Otro _____

10. ¿Cuántos hermanos o hermanas tiene el niño, incluidos los hermanastros / hermanastras? _____

11. ¿Qué importancia tienen para usted las prácticas religiosas / espirituales? Importante muy Importante Sin importancia Neutral

12. ¿Cuál es la educación del padre? _____ ¿Cuál es la educación de la madre? _____

13. ¿Alguno de los padres tuvo problemas médicos graves en los últimos seis meses? Si No No lo sé

14. ¿Alguno de los padres tiene un historial de tratamiento de salud mental? Si No No lo sé

15. ¿Alguno de los padres ha sido hospitalizado por problemas de salud mental? Si No No lo sé

16. ¿Alguno de los padres está tomando medicamentos por razones de salud mental? Si No No lo sé

17. ¿Alguno de los padres tiene cargos legales actuales pendientes? Si No No lo sé Madre Padre Ambos

18. ¿Hubo problemas con el embarazo? Si No No lo sé

19. ¿Fue el niño entregado a término completo? Si No No lo sé

20. ¿Hubo alguna dificultad inmediata con el bebé? Si No No lo sé

21. ¿Hubo problemas de alimentación? Si No No lo sé

22. ¿A qué edad el niño dio sus primeros pasos solo? _____

23. ¿Era él / ella más o menos activo en comparación con otros niños? _____

24. ¿Estaba él / ella bien coordinado? Si No No lo sé

25. ¿A qué edad dijo el niño sus primeras palabras? _____

26. ¿Cuándo comenzó el niño a poner palabras juntas? 18 Meses 24 Meses Mas de 2 años No lo sé

27. ¿Hubo algún problema con el desarrollo del habla? Si No No lo sé

28. ¿Hubo algún problema con el desarrollo del habla? Si No

28. ¿Ha recibido el niño todas sus vacunas actuales? Si No
29. ¿El niño ha sido evaluado para recibir servicios de educación especial? Si No No lo sé
30. ¿El niño recibe servicios de educación especial? Si No
31. Si el niño recibe servicios de educación especial, ¿cuál es la condición de discapacidad etiquetada por la escuela?
Dificultades en el aprendizaje Gravemente / Trastornos Emocionales Retraso mental Otra _____
32. ¿Alguna vez el niño ha sido abusado física o sexualmente? Si No No lo sé
33. ¿Los padres u otros miembros de la familia han sido investigados por acusaciones de abuso físico o sexual? Si No
No lo sé
34. ¿Han participado los Servicios de Protección Infantil con la familia del niño? Si No No lo sé
35. ¿Alguna vez el niño ha sido acusado de abusar de otro niño? Si No No lo sé
36. ¿Han colocado al niño alguna vez fuera del hogar? Si No No lo sé
37. ¿Ha visto el niño golpear o escuchar amenazas de golpear dentro de la casa? Si No No lo sé
38. Han habido separaciones de padres? Si No No lo sé
39. ¿Ha visto el niño muchos conflictos / peleas entre padres y / u otros miembros de la familia? Si No No lo sé
40. ¿Ha tenido el niño otras experiencias traumáticas? Si No No lo sé
41. ¿Cuándo comenzó el niño la escuela? Preescolar kinder 6 años o más mayor No lo sé
42. ¿El niño ha sido retenido de grados anteriores? Si No No lo sé
43. ¿Qué tipo de calificaciones hace el niño? _____
44. ¿Hubo alguna dificultad para que el niño fuera a la escuela cuando comenzó? Mucho Algunas Veces Un Poco
Ninguna No lo sé
45. ¿Hay algún problema para que el niño vaya a la escuela o se quede en la escuela? Si No No lo sé
46. ¿A dónde va el niño después de la escuela? A casa Niñera Guardería Familiares Trabajo Otro No supervisado
47. ¿Está él / ella involucrado en alguna actividad después de la escuela? Si No
48. ¿El niño participa en deportes de equipo? Si No
49. ¿Tiene el niño intereses fuera de la escuela? Si No
50. ¿El niño le gusta su maestro? Si No
51. ¿Ha habido un historial de conducta o problemas de conducta en la escuela? Si No No lo sé
52. ¿Alguna vez ha sido suspendido el niño? Muchas veces Pocas veces No lo sé No lo sé Nunca
53. El niño es cariñoso con ... Madre Padre Otras
54. ¿Tiene el niño un mejor amigo? Si No
55. ¿Es el niño un líder con otros niños? Si No A veces
56. ¿Es el niño un seguidor de otros niños? Si No A veces
57. ¿Con quién prefiere pasar el tiempo o jugar? Niños de la misma edad Niños más jóvenes Niños mayores Adultos Padres /
Tutores Prefiere estar solo
58. ¿Ha habido algún cambio en las relaciones del niño con amigos? Si No
59. ¿El niño tiene muchas dificultades con uno o más hermanos y hermanas? Si No
60. ¿Han sido los hermanos o hermanas tratados por problemas emocionales o de comportamiento similares? Si No
61. ¿Hay indicaciones de problemas similares con cualquier hermano o hermana? Si No
62. ¿Hay niños que viven fuera de la familia/hogar? Si No
63. **Las siguientes preguntas deben ser respondidas sobre la madre del niño**

Número de hermanos y hermanas ... _____

¿Creció la madre con ambos padres presentes? Si No No lo sé

¿Cuales eran las condiciones económicas de la madre durante su creciendo? Menos de promedio Mas de promedio promedio

¿Cuál fue la afiliación religiosa de la madre cuando estaba creciendo? Protestante judío Católico Otro Ninguno

Por favor revise cualquiera de los problemas que la madre experimentó. Abuso de alcohol / drogas Abuso físico

Enfermedades mentales o emocionales Abuso Sexual Problemas financieros Problemas maritales / Divorcio

Enfermedades físicas Problemas legales Otro _____

- ¿Actualmente la madre usa alcohol u otras drogas? Si No No lo sé
64. ¿La madre ha tenido alguna consecuencia legal como resultado del consumo de alcohol o drogas? Si No No lo sé
 Las siguientes preguntas deben ser respondidas sobre el padre del niño
 Número de hermanos y hermanas ... _____
- ¿Creció el padre con ambos padres presentes? Si No No lo sé
- ¿Cuales eran las condiciones económicas del padre durante su creciendo? Menos de promedio Mas de promedio promedio
- ¿Cuál fue la afiliación religiosa del padre cuando estaba creciendo? Protestante judío Católico Otro Ninguno
- Por favor revise cualquiera de los problemas que el padre experimentó.** Abuso de alcohol / drogas Abuso físico
 Enfermedades mentales o emocionales Abuso Sexual Problemas financieros Problemas maritales / Divorcio
 Enfermedades físicas Problemas legales Otro _____
- ¿Actualmente el padre usa alcohol u otras drogas? Si No No lo sé
65. ¿La madre ha tenido alguna consecuencia legal como resultado del consumo de alcohol o drogas? Si No No lo sé
- ¿Cuánto tiempo se conocieron los padres antes de comenzar a vivir juntos? _____
66. ¿Hubo algún problema específico en la relación? Financieros Religiosos Sexuales Drogas/Alcohol Personalidad
 Violencia/Abuso
67. Como están las cosas ahora en la relación, los padres generalmente acuerdan: Criando los niños Finanzas familiares El
 empleo de la pareja Actividades recreativas Buscando ayuda para niños Nada
68. ¿Están ambos padres involucrados en la crianza de los hijos? Si No No lo sé
69. ¿Cuáles de los siguientes son problemas en el hogar? Conflictos con los padres
 Conflictos con padrastros Conflictos con abuelos Conflictos con los padres conociendo otras personas No lo sé
70. ¿Ha usado el niño alcohol o drogas? Si No No lo sé
71. ¿El niño ha sido puesto en libertad condicional como resultado del consumo de alcohol u otras drogas?
 Si No No lo sé
72. ¿Está el niño en libertad condicional ahora? Si No No lo sé
73. ¿El niño ha sido suspendido, expulsado o ausente de la escuela por consumo de alcohol u otras drogas? Si No
 No lo sé
74. ¿Ha bajado el niño las calificaciones escolares debido al consumo de alcohol o drogas? Si No No lo sé
75. ¿Ha habido algún problema de salud como resultado del consumo de alcohol o drogas? Niño Padre Ambos
 Ninguno No lo sé
76. ¿El niño tiene amigos que son "usuarios de alcohol o drogas"? Si No No lo sé
78. ¿Ha tenido recientemente el niño problemas para mojar la cama o ensuciar los pantalones _____
79. Ha habido un cambio en las actividades diarias del niño? Yes No
80. ¿Tiene el niño un tiempo establecido para ... Hora de acostarse Comidas Bañarse Tareas
81. ¿Dónde duerme el niño? Solo Con otros niños Con sus padres
82. El niño puede ... Bañarse solo/a Vestirse solo/a Peinarse solo/a

 Firma del Psicólogo

_____/_____/_____
 Fecha

Información Para El cliente

Nos gustaría aprovechar la oportunidad para hacerle saber acerca de algunos aspectos muy importantes de los servicios que vamos a proporcionarle en Charis Institute. Para indicar su aceptación de estos acuerdos firme este formulario durante su primera vista a nuestra oficina.

Acuerdo de Confidencialidad

Su identidad y cualquier información que usted comparta con nuestra oficina se llevarán a cabo en la más estricta confidencialidad. El derecho de revelar cualquier información sobre usted es suya. Ninguna información, incluyendo sus visitas a nuestra oficina se dará a conocer a nadie sin su permiso por escrito o verbal. Le pediremos que firme una autorización si estamos de acuerdo en que esto es necesario para la divulgación de su información. Las excepciones a esta póliza de confidencialidad que se practica en nuestra oficina se realizan como consecuencia de la obligación legal de reportar cualquiera de los siguientes:

- El abuso o negligencia de un niño o un adulto dependiente.
- Peligro inminente de hacerse daño a sí mismo a otra persona.
- En el caso de la intervención judicial, si el tribunal lo ordenara.
- Información con respecto a su participación en el tratamiento (Ej: fechas de los registros de tratamiento y de facturación) si la acción de cobro legal se hace necesaria por nuestra oficina.
- Información con respecto a su tratamiento, fechas de servicio, diagnóstico, y plan de tratamiento si usted presenta un reclamo por estos servicios a su compañía de seguros y su compañía de seguros requiere dicha información.
- Con el fin de garantizar un servicio de calidad, nuestro personal ha sido entrenado y supervisado. Por esta razón, la información confidencial será compartida entre el personal para mejorar la eficacia terapéutica. Las sesiones pueden ser grabadas en audio o en video (con el consentimiento adicional de su parte) con el objetivo de mejorar la eficacia terapéutica. Estas cintas serán tratadas con el mismo nivel de confidencialidad que otros registros clínicos.
- Con el propósito de programar citas y recibir notificación de cancelación cuando sea necesario, contamos con su consentimiento para que nuestra personal deje un mensaje de voz al teléfono proporcionado por usted.

Citas y Honorarios

- Usted verá su psicólogo/a en el día que elija su cita. Sera su responsabilidad verificar con la oficina antes de la sesión o antes de salir para confirmar su próxima cita.
- **Por favor de notificarnos 24 horas antes de su cita si no puede asistir a la cita programada. Si no recibimos su cancelación 24 horas antes o no se presenta a su cita, se le cobrara \$35 y sera removido de cualquier cita que haya programado por adelantado.** Después de dos cancelaciones sin aviso suficiente o por dos veces que no se haya presentado a su cita, si lo pide o lo desea se le dará una referencia a otra parte. Los seguros de salud no pagan por citas perdidas, usted es exclusivamente responsable por el pago.
- Hay un cargo de \$ 200.00 por la primera hora de su sesión (que implica diversos procedimientos de admisión). Después de la primera cita son \$150.00 por 40-45 minutos (otros cargos de sesión disponibles bajo petición). Usted se compromete con esta oficina a pagar por los servicios que no sean cubiertos por su aseguranza medica, aparte de su porción estipulada por su aseguranza. Presentáremos una reclamación con su seguro si usted lo desea. Si usted prefiere pagar por nuestro servicios sin someter un reclamo con su aseguranza o por que no tiene seguro medico, le daremos un descuento del 25% si paga por sus servicios el mismo día de su cita.
- Consultas telefónicas son necesarias a veces y queremos que este servicio este a la disposición de todos nuestros clientes; Sin embargo, si la llamada se toma más de diez minutos habrá un cargo en base prorrateada. Las compañías de seguros no pagan por las consultas telefónicas.
- **Nuestra oficina le proporcionara regularmente su estado de cuenta. Usted se compromete a pagar un interés de 1.5% (18% por año) en cuentas que tengan 120 días o mas atrasadas. Entendemos que, debido a las condiciones de empleo, salud, o otros factores, un plan de pago o otro acuerdo tendrá que ser implementado. Si esto llegara ocurrir por favor de informarle al gerente de cuentas su situación, para**

evitar la acción de cobro. Si su cuenta es enviada a una agencia de colección usted sera responsable por los honorarios de la compañía de colección mas su saldo de cuenta con nuestra oficina.

Emergencia

- Si necesito ayuda profesional entre las sesiones, estoy de acuerdo en llamar a la oficina de Charis Institute al 540.568.1876. Llamadas directamente a mi psicólogo/a serán hechas solo en caso de emergencias. Si no puedo localizar a mi psicólogo/a, estoy de acuerdo en obtener la ayuda de Sentara Rockingham Memorial Hospital o ir a una sala de emergencias del hospital mas cercano. Si no puedo hacerlo, estoy de acuerdo en llamar al 911 para solicitar ayuda.

Divulgación de información/registros

- Usted puede solicitar copias de sus notas, informes, o cualquier otra información relacionada a sus registros médicos. A veces es necesario que los médicos escriban informes con respecto a su tratamiento. En estas circunstancias habrá una pequeña cuota para el procesamiento de cualquiera de los términos anteriormente mencionados.
- En caso de retiro planificado o no planificado del psicólogo o cierre de la práctica, sus registros se mantendrán durante el tiempo determinado por la ley estatal. Si necesita acceder a ellos, debe comunicarse con su psicólogo enviando un mensaje a través de la página de Facebook del Instituto Charis (que se desarrollará en ese momento) o Linked In o los números de celular del psicólogo (usado para emergencias solo en este momento) . Es posible que se le facture el costo de proporcionar sus registros

Rescisión, Cuestiones legales y Judiciales

- Si no estoy satisfecho/a con los servicios que recibo, me comprometo a hablar de esto con mi psicólogo/a y expresar la magnitud de mi insatisfacción.
- Entiendo que puedo terminar el tratamiento en cualquier momento, y solicitar una referencia a otro psicólogo/a calificado.
- En el caso de que haga un reclamo ético o legal de cualquier fuente con respecto al tratamiento obtenido, y se determinara que el psicólogo/a no se encuentra en el error, entiendo que soy responsable por el reembolso de los gastos incurridos y los ingresos perdidos por el psicólogo/a.
- El psicólogo no participará en procedimientos legales excepto en circunstancias muy limitadas. Si se requiere que el psicólogo responda a procedimientos judiciales o solicitudes relacionadas con sus registros o su atención, usted es responsable de estos costos y este tiempo, incluso después de que haya terminado su terapia. La tarifa habitual para las actividades relacionadas con los tribunales suele ser una tasa más alta.

Información para el consentimiento de tratamiento

Yo doy mi consentimiento para que se me realicen servicios de psicoterapia y / o evaluación psicológica para mí / mi hijo/a _____. He leído las pólizas y procedimientos de las páginas anteriores y he discutido con mi psicólogo/a cualquier área/s que no entiendo. Estoy de acuerdo con estos términos. Entiendo que este consentimiento se mantendrá en vigor mientras el cliente nombrado anteriormente continúe en tratamiento. Le notificare a mi psicólogo/a de antemano por escrito que, a partir de una fecha determinada, ya no daré mi consentimiento para un tratamiento adicional, o cualquiera de los términos mencionados anteriormente. Puedo solicitar una copia de este formulario para mis propios registros.

Un plan de evaluación o el tratamiento ha sido discutido conmigo por el psicólogo/a. Entiendo y estoy satisfecho con las cualificaciones de mi psicólogo/a para tratar con las dificultades por la cual estoy en busca de ayuda profesional. Entiendo que mi psicólogo/a se conducirá de una manera consistente con las normas éticos, legales y profesionales de la práctica.

(Firma del cliente o guardián)

_____/_____/_____
(Fecha)

(Firma del psicólogo/a)

_____/_____/_____
(Fecha)

Autorización para divulgar información con el médico de Cabecera

Entiendo que mis registros médicos están protegidos bajo la ley estatal correspondiente que regula la información relacionada con los servicios de salud mental y en las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de Alcohol y Abuso de Drogas registros de pacientes 42 CRF Parte 2. Esta información no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito o a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones estatales o federales. Hasta que yo no revoque mi consentimiento, esta autorización es válida.

Por la presente autorizo a favor de mí mismo / mi hijo/a _____

Por favor, marque uno:

_____ De dar o intercambiar cualquier información pertinente con mi Médico de Cabecera.

_____ De dar o intercambiar información de medicamentos solamente con mi Médico de Cabecera

_____ No dar o intercambiar ninguna información con mi Médico de Cabecera.

(Paciente o padre guardián, por favor firme)

(Fecha)

(Por favor imprimir el nombre firmado arriba)

(Fecha)

(Firma del Psicólogo/a)

(Fecha)

Medico de cabecera- Nombre, Dirección y Teléfono

(Por favor escriba el nombre del médico)

(Dirección)

(Ciudad)

(Código postal)

(Código de área)

(Teléfono)

Charis Institute for Psychological and Family Services
21 Southgate Court, Suite 101
Harrisonburg, VA 22801

Phone: 540.568.1876
Fax: 540.574.6076

Divulgación / intercambio de información

Yo, _____, autorizo a Charis Institute con respecto a mí / niño

_____ a
(Nombre de uno mismo y niño)

- Divulgar información que incluye información médica, psiquiátrica, abuso de alcohol y / o drogas, prueba de VIH y / o información sobre SIDA a
 Recibir información, excluyendo información médica, psiquiátrica, abuso de alcohol y / o drogas, prueba de VIH, y / o SIDA de
 Intercambiar información de forma continua con:

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

Esta información sera divulgada con el propósito de:

- obtener información
 intercambiar información con las agencias mencionadas
 Evaluar los servicios necesarios
 desarrollar y mantener el plan de tratamiento
 coordinar servicios de salida
 La continuidad de cuidado
 evaluación psicológica

Los registros / informes específicos que se divulgarán incluirán:

- Registros completos (incluidas las notas de progreso)
 Resumen de alta
 Evaluaciones psicológicas
 Registros Psicológicos
 Registros médicos
 Evaluación psiquiátrica
 Expediente educativo
 Otro -tipo específico: _____

Entiendo que los registros y la información publicada / intercambiada se considerarán comunicaciones confidenciales, excepto cuando la seguridad pública se vea amenazada o cuando la divulgación de dicha información sea ordenada por un tribunal. Además, entiendo que el propósito de esta divulgación es para ayudar al personal del Charis Institute a planificar, implementar y llevar a cabo evaluaciones de seguimiento sobre el resultado del programa de asesoramiento. Sé que puedo solicitar recibir una copia de esta autorización. Acepto que esta autorización será válida por dos años a partir de la fecha en que la firme y que una copia fotográfica de esta autorización sea tan válida como el original. Entiendo que puedo revocar este lanzamiento / intercambio de información por escrito.

La información sobre alcohol, drogas, VIH, ARC y / o SIDA, si está presente, se divulgará de los registros cuya confidencialidad esta protegida por la Ley Federal, que prohíbe cualquier divulgación posterior sin la autorización escrita específica del suscrito, o según lo permita dicho reglamento. Copias o faxes de esta autorización son aceptables. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa de servicio por solicitar copias de cualquier registro.

Firma del paciente (si tiene más de 14 años de edad)

Escriba el nombre de la persona que dio a conocer información

(Paciente / Guardián, o firma autorizada si el paciente es menor de edad)

(Fecha)

Firma del Psicólogo

Fecha

**Charis Institute for Psychological
and Family Services**
21 Southgate Court, Suite 101
Harrisonburg, VA 22801



Randy Weber, Ph.D.
Ronda Weber, Ph.D.
Fax: 540.574.6076
Phone: 540.568.1876
Email: charisinst@gmail.com
Website: Charisinst.org

Credit Card Authorization Form

Please complete all fields. You may Cancel this authorization at any time by contacting us. This authorization will remain in effect until cancelled.

Credit Card Information
Card Type: ___ Master Card ___ VISA ___ DISCOVER ___ OTHER ___
Cardholder Name (as shown on Card):
Credit card Numbers:
Expiration Date (MM/YY):
Security code in the back:
Cardholder Zip Code (from credit card billing address):

I, _____, authorize **Charis Institute** to charge my credit card above for my copay's, deductibles, or any balances on my account not covered by my insurance. I understand that my information will be saved to file for future transactions on my account.

Client signature

Date